

健康証明書  
Health Certificate

Name:

Date of birth :

No. of passport:

医師 (XXXX) は、○月×日現在、(対象者) は次のとおりであることを証明する。

I, Dr. XXXX hereby certify that as of DD/MM, Mr./Mrs./Ms. xxxxxxx:

1. 以下の症状がなく、旅行に適した健康状態であること  
1. is not showing the following symptoms and fit to travel/fly;

- ✓ 熱 fever (○○.○°C)
- ✓ 咳 cough
- ✓ のどの痛み sore throat
- ✓ くしゃみ sneeze
- ✓ 呼吸困難 shortness of breath

2. ○月×日に PCR 検査を受け、その結果は陰性であったこと（別添参照）

2. took PCR test on DD/MM and the result was negative (See the attached).

2020年○月×日  
DD, MM, 2020

(署名) (印)  
(Signature) (Stamp)

(医師氏名)

Dr. XXXXXX

(病院名, 住所)

Name of the Hospital, address